

同意書

杉並区長 宛

自立支援医療（精神通院医療・育成医療） ・ 同医療費助成

結核医療費公費負担 ・ 同東京都医療費助成

感染症医療費公費負担 ・ 療育給付

養育医療給付 ・ 小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付

妊娠高血圧症候群等医療費助成 ・ 妊産婦乳幼児保健指導

の事業の認定にあたっては、区が管理する住民記録の情報、住民税及び生活保護情報の利用に同意します。

令和 年 月 日

申請者

住所 杉並区

申請書に記入した扶養保護者氏名

氏名

保護者（申請者が18歳未満の場合）

氏名

（以下は必要に応じて）

生計を同じくする世帯員

氏名

申請者以外の世帯員全員の氏名
（新生児含む）

氏名

氏名

氏名